

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1897-98. — N° 132.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

RHUMATISME BLENNORRAGIQUE

CHEZ LES NOURRISSONS

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 6 Juillet 1898

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Iordan YANTCHULEFF

Né le 10 Janvier 1868, à Prileppe (Macédoine).



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Juillet 1898

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1897-98. — N° 132.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

RHUMATISME BLENNORRAGIQUE

CHEZ LES NOURRISSONS

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

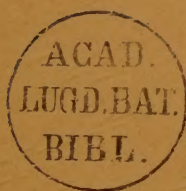
Et soutenue publiquement le 6 Juillet 1898

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Iordan YANTCHULEFF

Né le 10 Janvier 1868, à Prileppe (Macédoine).



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

4, RUE GENTIL, 4

—
Juillet 1898

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. DOYEN.

LACASSAGNE ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, BOUCHACOURT, CHAUVEAU, BERNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	{	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.	{	OLLIER.
Clinique ophtalmologique.		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		FOCHIER.
Clinique des maladies mentales.		GAYET.
Physique médicale.		GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique.		PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie.		MONOYER.
Matière médicale et Botanique.		HUGOUNENQ.
Zoologie et Anatomie comparée.		CAZENEUVE.
Anatomie.		FLORENCE.
Anatomie générale et Histologie.		LORTET.
Physiologie.		TESTUT.
Pathologie interne.		RENAUT.
Pathologie externe.		MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générales.		TEISSIER.
Anatomie pathologique.		AUGAGNEUR.
Médecine opératoire.		MAYET.
Médecine expérimentale et comparée.		TRIPPIER.
Médecine légale.		POLLOSSON (M.)
Hygiène.		ARLOING.
Thérapeutique.		LACASSAGNE.
Pharmacie.		BARD.
		SOULIER.
		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants.	WEILL, agrégé.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.	LANNOIS, agrégé.
Accouchements.	POLLOSSON (A.)—
Botanique.	BEAUVISAGE. —

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
CHANDELUX.	POLLOSSON (A.)	BOYER.	BARRAL.
BEAUVISAGE.	ROCHET.	VALLAS.	MOREAU.
CONDAMIN.	ROLLET.	SIRAUD.	CAUSSE, chargé des
COURMONT.	ROQUE.	DURAND.	fonctions d'agrégé.
DEVIC.	ROUX.	DOYON.	BORDIER —
GANGOLPHE.	COLLET.		

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. TEISSIER, Président ; M. WEILL, Assesseur ;

MM. ROUX et COURMONT, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

Nous devons l'idée première de ce modeste travail à M. le professeur agrégé Weill, qui nous a éclairé de ses conseils et dirigé dans nos recherches. Qu'il veuille bien accepter l'expression de notre profonde gratitude. Nous nous faisons un plaisir de lui adresser ici tous nos remerciements de l'enseignement si méthodique et si pratique que nous avons tiré en suivant son service.

Nous remercions d'une façon toute particulière notre aimable maître, M. le professeur Teissier, du grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse. De plus, nous sommes heureux de pouvoir lui dire que nous garderons un souvenir précieux de l'enseignement que nous avons obtenu en suivant son service et de ses cours savants, dont nous avons tant profité.

Nous adressons aussi tous nos remerciements à M. le D^r Marfan, médecin des Hôpitaux de Paris, qui a bien voulu nous indiquer les sources où nous avons puisé les quelques observations se rapportant à notre travail.

Enfin, nous sommes heureux que l'occasion se présente d'exprimer notre profonde reconnaissance à tous nos maîtres de la Faculté de Lyon, qui, durant nos études, nous ont prodigué leur enseignement précieux.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

RHUMATISME BLENNORRAGIQUE

CHEZ LES NOURRISSONS

HISTORIQUE

Il n'y a pas bien longtemps, il était généralement admis que le rhumatisme blennorragique n'existait pas chez l'enfant. Ce n'est qu'en 1885 qu'on a commencé à en rapporter des exemples. C'est Clément Lucas¹ qui, le premier, rapporte l'histoire d'un enfant nouveau-né qui, affecté d'une conjonctivite purulente, vit survenir secondairement une arthrite du genou. L'auteur, s'appuyant sur l'existence d'une blennorragie chez le père et d'un écoulement vaginal chez la mère, posa le diagnostic d'arthrite blennorragique. Ce diagnostic fut d'ailleurs confirmé par la marche de l'affection. Quelques mois plus tard, cet auteur anglais a observé deux nouveaux cas.

Bientôt Fendick² observa et publia un cas très analogue

¹ Lucas, Gonorrhœal rheumatism in an infant the result of purulent ophtalm (*Ophth. Rev.*, n° 42, 1885, p. 114).

² Fendick, *British medical Journal*, 31 octobre 1885.

aux précédents. Il adopte d'ailleurs entièrement les conclusions de Clément Lucas.

En 1886, Vidmarck¹ ajoute aux observations précédentes une nouvelle ; il s'agit d'un nouveau-né ayant une ophtalmie purulente et qui vit se développer des arthrites du genou et du cou-de-pied droit, lesquelles durèrent une quinzaine de jours.

Darier², le premier en France, signala l'arthrite comme complication de l'ophtalmie purulente des nouveau-nés. Le premier aussi il appuie son hypothèse de nature blennorragique de l'affection sur l'examen microscopique du pus de la conjonctive.

L'année suivante (1890), Deutschmann³, le premier, a trouvé dans le pus de l'articulation chez un enfant atteint d'ophtalmie purulente, le gonocoque pur et point d'autres microbes. Le gonocoque y existait à l'état de culture pure.

Pareils examens microscopiques ont été répétés par des auteurs dans la suite. Aussi, au cours de l'année 1892, Lindermann⁴ et Bécclère⁵ rapportent des observations de deux nouveau-nés atteints de rhumatisme blennorragique consécutif à l'ophtalmie purulente.

En 1893, Escherich⁶ rapporte une observation d'un nouveau-né « mal développé », dit l'auteur.

¹ Widmarck, *Archiv. für Kinderheilk.*, 1886.

² Darier, *Archives d'ophtalmologie*, p. 175, 1889.

³ Deutschmann, *Archiv. für Opht.*, p. 107, 1890.

⁴ Lindermann, *Beitrage für Augenheilk.*, n° V, 1892.

⁵ Bécclère, *Revue générale de clinique et de thérap.*, n° 10, 1892.

⁶ Escherich, cité par Cohen Brach, *Die urogenitale blennorrhæ der kleinen Mädchen.*

La même année, Hock¹ rapporte trois observations, dont une particulièrement intéressante, parce qu'il a montré par le procédé des cultures la présence exclusive des gonocoques dans l'exsudat articulaire chez un enfant atteint de blennorrhagie des nouveau-nés et qui présentait une arthrite du genou.

Au courant de la même année, Vignaudon a fait sa thèse inaugurale sur « l'arthrite blennorragique chez l'enfant », mais il ne rapporte que des observations d'enfants au-dessus de deux ans, et chez lesquels l'arthrite est survenue toujours dans le cours d'une vulvo-vaginite. Quant à l'arthrite blennorragique chez les nourrissons, il ne fait que répéter les observations des auteurs précédents.

En 1894, Finger² publia une observation extrêmement importante, tant par la multiplicité de complications notées que par l'étude extrêmement serrée dont elles sont l'objet.

La même année, Kiakow³ aurait observé « un cas de septicémie blennorragique compliquée d'une arthrite suppurative, d'une ophtalmie blennorragique et de pemphigus chez le nouveau-né. On trouva dans le vagin et aussi dans le pus des articulations des gonocoques » (*Gaz. Lakaïska*, 1894. Cité par Thayer et Blumer). Nous regrettons de ne pas pouvoir trouver cette observation.

L'année suivante, c'est-à-dire en 1895, Haushalter⁴ a communiqué au Congrès médical de Bordeaux une obser-

¹, ², ³, Hock, Finger, Kiakow, cités par Marcel Sée. — *Le gonocoque*, thèse de Paris, 1896.

⁴ Haushalter, *Congrès méd. de Bordeaux*, p. 1058, 1895.

vation personnelle, où il s'agit d'un nouveau-né atteint d'arthrites du poignet gauche et du genou droit, consécutives à une ophtalmie purulente; cette observation est intéressante à ce point de vue que l'auteur, ayant pratiqué une ponction exploratrice du genou, a examiné minutieusement le liquide sous le microscope et n'a pas pu trouver le gonocoque; cependant, dans les cultures préparées par la sérosité articulaire, il a constaté la présence de microbes absolument identiques à ceux que l'on voit sur des lamelles, faites avec une culture pure de gonocoques, obtenue avec du pus d'une blennorrhagie urétrale récente.

En même temps que M. Haushalter relatait au Congrès de Bordeaux, M. Griffon¹ a observé un exemple de rhumatisme blennorragique compliquant une ophtalmie purulente à gonocoques et a pu mettre en évidence l'existence de gonocoques dans le pus articulaire, et multiplier ainsi le nombre des cas publiés d'examen positifs de pseudo-rumatisme gonococcique chez le nouveau-né. Ce fait a été vérifié à l'autopsie : il s'agit d'une fillette de trois semaines qui fut prise, peu après sa naissance, d'une arthrite du poignet et d'une arthrite de la hanche consécutives à une ophtalmie et à une vulvite blennorragiques; elle succomba en peu de jours à une sorte de cachexie aiguë avec hypothermie.

Enfin, un cas a été observé dernièrement à la Charité, dans le service de M. Weill, chez un nouveau-né atteint d'ophtalmie purulente, suivie d'arthrites du poignet droit et du genou gauche.

¹ Griffon, *La Presse médicale*, p. 88, 19 février 1896.

ÉTIOLOGIE

Les affections à gonocoques ne sont pas rares chez les enfants. Au moment de la naissance, le gonocoque peut infecter le nouveau-né, dont la mère est atteinte de vaginite blennorragique, et alors il se fixe de préférence sur la conjonctive où il provoque l'ophtalmie purulente ; exceptionnellement, il peut, dans les mêmes conditions, se fixer sur la muqueuse nasale pour donner naissance à une rhinite¹ gonococcique, ou buccale — stomatite² gonococcique, ou sur la vulve³ — vulvite gonococcique. Sans aller trop loin, nous pensons que l'arthrite blennorragique, chez les nourrissons, si elle est rare, n'est pourtant pas exceptionnelle, puisque depuis 1885, époque à laquelle Clément Lucas a publié la première observation, les cas se sont multipliés : ainsi l'arthrite blennorragique a été constatée une vingtaine de fois après l'ophtalmie purulente, et une fois survenue au cours d'une vulvo-vaginite chez une nouveau-née. Donc les seuls faits d'arthrite blennorragique observés jusqu'ici chez le nouveau-né furent

¹ P. Tissier, *Revue mens. des mal. de l'enfance*, p. 9, janvier 1891.

² Rosinski, Zwei Fälle gonorrhöischer Erkrankungen der Mundhöhle Neugeborener, *Deutsch. med. Wochenschr.*, 1891, n° 16.

³ Mongestern, Acute gonorrhœal vulvo-vaginitis and urethritis in infant at birth, *Medical Record*, février 1895.

constamment l'effet de la conjonctive ; la conjonctive, par conséquent, peut être presque considérée comme l'unique porte d'entrée de la contagion blennorragique dans le premier âge de la vie.

Dans l'ophtalmie, la contagion directe joue un rôle plus important. Dans nos dix-sept observations, il s'agit presque toujours d'enfants nouveau-nés, dont les yeux ont été inoculés directement par les sécrétions vaginales de la mère pendant l'accouchement. Mais la contagion indirecte s'observe aussi dans les mêmes conditions que pour la vulvovaginite chez les petites filles qui dépassent l'âge des nourrissons. Les sources et les modes d'infection sont analogues. La source de la contagion réside toujours dans une vaginite de la mère ou de la sœur, dans une blennorragie du père ou d'un frère, en un mot, dans une affection de nature blennorragique chez une personne de l'entourage de l'enfant. L'infection se fait le plus souvent par contact direct (ophtalmie purulente), quelquefois par l'intermédiaire d'une autre personne (personnel hospitalier), ainsi que M. Comby l'a démontré dans une communication faite à la Société¹ médicale des Hôpitaux, 1891. Les travaux de cet auteur, basés sur l'examen de cent cinquante cas de vulvites chez des petites filles, montre que la cause la plus fréquente est la contagion médiate de nature non vénérienne. Les objets de toilette, tels que les éponges, les irrigateurs, les linges de toilette, lit commun et, par suite, la cohabitation intime, sont également des agents de contagion très importants. Comme agent de contamination peut encore être incriminé le thermomètre, ainsi que le

¹ Comby, *Société médicale des Hôpitaux*, 1891.

fait remarquer avec juste raison M. Weill¹ dans l'intéressante communication au *Congrès médical de Lyon*, où l'auteur rapporte plusieurs exemples d'une épidémie de vulvites à gonocoques à la suite de défaut de désinfection rigoureuse des thermomètres, et où l'épidémie a cessé dès que cette mesure a été prise.

Les connaissances bactériologiques que nous possédons aujourd'hui démontrent que la cause prochaine est bien l'infection blennorrhagique. Mais la question de milieu, de résistance vitale a peut être aussi son importance.

Y a-t-il des causes qui prédisposent l'enfant aux complications articulaires dans le cours de la blennorrhagie?

Le refroidissement, l'humidité ne sont signalés dans aucune observation. Il en est de même de la fatigue et des traumatismes. On a dit, au sujet de l'adulte, que la maladie se localisait surtout dans les articulations qui fatiguent. Il est remarquable que chez l'enfant on n'observe rien de pareil. Dans la plupart de nos observations, nous voyons, en effet, la localisation se faire fréquemment aux genoux chez des enfants qui ne marchent pas.

L'état constitutionnel ne semble pas avoir une large part dans l'étiologie. Dans quelques observations, on note le mauvais développement; le malade d'Escherich est « mal développé »; le malade d'Haushalter avait une prédisposition héréditaire; fils d'un père rhumatisant, dit l'auteur, mais dans les autres observations l'état général est satisfaisant.

¹ Weill et Barjon, *Congrès médical de Lyon*, p. 646, 1894.

PATHOGÉNIE

Il est aujourd'hui démontré que la blennorrhagie est une affection microbienne dont l'agent spécifique, le gonocoque, a été découvert par Neisser en 1879. Les recherches de Neisser ont été vérifiées par maints observateurs. Ainsi Pétrone¹, Kammerer² trouvèrent le gonocoque dans l'exsudat d'arthrites blennorrhagiques. D'après ces auteurs, la lésion articulaire est la conséquence d'une infection générale de l'organisme par le gonocoque. Dans quatre observations que nous rapportons, ayant trait à des nourrissons, Deutschman, Zindermann, Hock, Griffon ont trouvé le gonocoque dans le liquide épanché dans le genou. Dans ces cas, il s'agissait d'arthrites suppurées.

Nul doute, donc, que, dans certains cas, l'arthropathie de la blennorrhagie, assimilable au rhumatisme infectieux secondaire, ne soit le résultat d'une infection par des microbes pyogènes ou saprogènes associés au gonocoque.

D'autre part, dans les faits où aucun microbe n'a pu être trouvé par la méthode des colorations ou des cultures

¹ Pétrone, Sulla natura parasitaria dell' artrite blennorrhagica, *Rivista clin. di Pologna*, février 1895.

² Kammerer, Ueber gonorrhöische Gelenkentzündung (*Centralb. f. chir.*, p. 49, 1884).

dans le liquide de l'articulation enflammée (Aubert¹, Guyon², Jacquet³, etc.. etc.), on peut se demander si le gonocoque n'a pu intervenir par ses poisons qui, fabriqués et résorbés au niveau de la lésion locale, agissent sur l'articulation, soit directement, soit par l'intermédiaire du système nerveux (Haushalter).

Sans nous arrêter trop sur cette question, qui pourrait donner lieu aux mêmes discussions que chez l'adulte, nous pensons avec M. Jacquet qu'une seule théorie ne peut suffire à expliquer des faits aussi divers et nous adoptons pleinement ses conclusions : « La pathogénie des arthrites est complexe. Certaines formes (arthralgie, polyarthrite subaiguës) pourraient être rapportées à un trouble médullaire peut-être dû à l'action des poisons sécrétés par les microbes urétraux. D'autre part, certaines arthrites sont imputables au gonocoque de Neisser et relèvent de la gonohémie. D'autres enfin sont dues à l'action des microbes pyogènes et relèvent de la pyohémie. »

¹ Aubert, *Société de médecine de Lyon*, 25 juillet, 1887.

² Guyon et Janet, Arthrite et hydrocèle blenn. sans gonocoques (*Ann. des maladies gén.-urinaires*, août 1889).

³ Jacquat, Recherches de clinique et de bactériologie sur le rhum. blennor. (*Ann. de dermat. et de syphil.*, t. III, n° 6, p. 682, 1892).

SYMPTOMATOLOGIE

L'époque d'apparition de l'arthrite blennorragique chez les nourrissons atteints d'ophtalmie purulente, de vulvite... est variable. Si l'on jette un coup d'œil sur les observations de ce genre publiées jusqu'à présent, on voit que c'est généralement dans les trois premières semaines de la vie que survient l'arthropathie. Le plus jeune enfant frappé avait huit jours. Dans la plupart des cas, l'arthrite se développa quinze à vingt jours après le début de l'ophtalmie, Cependant dans la III^e observation de Clément Lucas, le petit malade était atteint d'arthrite quatre jours après l'apparition de la conjonctive; de même, dans l'observation de M. Weill, le rhumatisme blennorragique a apparu le sixième jour après la conjonctivite; par contre, dans l'observation de Moncorvo, l'arthrite n'apparut qu'au bout de cinq à six semaines après la conjonctivite. Il ne semble pas qu'il y ait un rapport quelconque entre l'abondance de la suppuration oculaire et le développement de l'arthropathie. Dans la plupart des cas, le gonflement apparaît au moment où l'écoulement conjonctival est en voie de décroissance (obs. de Weill). Dans le cas de Lindermann, l'ophtalmie ayant duré trois semaines, c'est immédiatement après sa guérison que survint la complication articulaire.

Le *mode de début*, qui se traduit quelquefois par des douleurs vagues et souvent vives (Béclère¹) et par des phénomènes généraux (fièvre, céphalagie, anorexie, abattement) chez les enfants au-dessus de deux ans, n'a été noté dans aucune des observations se rapportant à des nourrissons, aussi nous ne pouvons rien dire à propos de l'invasion de l'articulation et ce n'est qu'au moment de l'apparition des symptômes locaux, dont nous parlerons plus bas, que les parents s'en aperçoivent et réclament le secours médical.

Siège. — Dans la très grande majorité des cas le rhumatisme blennorragique chez le nouveau-né est mono-articulaire, cependant il y a des cas où il est polyarticulaire, alors plusieurs articulations sont atteintes chez un même sujet, soit simultanément (Clément, Widmarck, Haushalter...), soit consécutivement, comme dans le cas de M. Weill, où le genou gauche a été pris après la guérison complète du poignet droit. De plus il semble que le rhumatisme blennorragique chez le nouveau-né a une prédilection marquée pour certaines articulations, et de préférence c'est sur le genou gauche qu'il se localise. Ainsi sur les 17 cas que nous avons pu réunir, 9 fois le genou fut touché seul, 4 fois il fut pris en même temps qu'une autre articulation (avec le poignet 3 fois et avec le cou-de-pied une fois); dans 2 cas seulement (obs. VI et XI) le genou fut indemne, le poignet, le cou-de-pied et la hanche étant seuls intéressés. D'ailleurs l'arthropathie blennorragique qui atteint les enfants plus âgés est, elle aussi, ordinairement mono-articulaire (10 fois

¹ Béclère, *Revue générale de clinique et de thérap.*, n° 10, 1892.

sur 17 cas) ou oligo-articulaire; mais, fait curieux, tandis que, sur 17 cas de rhumatisme blennorragique chez le nouveau-né, nous voyons le genou 13 fois touché, sur 17 cas de rhumatisme blennorragique survenus entre deux et dix ans, le genou ne fut lésé que 6 fois. La localisation de l'arthropathie blennorragique au genou est donc bien plus fréquente encore chez le nouveau-né que dans la seconde enfance ou chez l'adulte, ainsi tombe l'hypothèse qui attribue à la fatigue et au traumatisme, éprouvé par le genou dans la marche, la prédilection que la blennorragie affecte en général pour cette articulation. Les gaines synoviales des tendons voisins de l'articulation participent presque toujours à l'inflammation de la jointure. Il y a arthrite et synovite tendineuse et cette dernière peut, dans certains cas, être la lésion principale. Dans aucune observation on ne signale l'inflammation des bourses séreuses.

Douleur. — Quel que soit son siège, l'arthrite se traduit par des signes locaux au niveau de la jointure malade. Parmi les signes locaux, la douleur occupe le premier rang. Elle est constante, mais d'intensité variable. Tantôt extrêmement vive, capable de provoquer l'insomnie et les cris de l'enfant (Béclère), elle n'est perçue d'autres fois qu'à l'occasion d'un mouvement passif ou d'une exploration. La palpation est très douloureuse; si l'on explore par des pressions successives l'articulation et la région périarticulaire, on constate que la douleur a son maximum au niveau de l'interligne articulaire et des attaches ligamenteuses. Les gaines synoviales voisines, lorsqu'elles sont tuméfiées, sont moins sensibles à la pression, comme dans le cas d'Escherich (obs. IX). De

plus on est frappé de voir que l'enfant démaillotté, au lieu d'exécuter les gesticulations automatiques habituelles au nouveau-né, garde plus ou moins immobile un segment du membre. Cette impotence du membre est plus ou moins complète suivant l'importance de l'articulation atteinte. Mais en général, la jointure malade ne fonctionne plus; les mouvements spontanés y sont supprimés. L'attitude du membre est celle qu'il occupe au repos: la main dans une position intermédiaire à la pronation et à la supination, les doigts légèrement fléchis; la jambe en flexion légère sur la cuisse (obs. de Clément Lucas, d'Escherich, de Fendick, d'Haushalter et Griffon). Certains observateurs ont noté dans les mouvements provoqués des craquements articulaires (Clément Lucas, Haushalter).

La *tuméfaction* est notée dans toutes les observations. Elle est toujours prononcée, et quelquefois énorme. La tuméfaction de l'articulation est due d'une part au gonflement des parties voisines, d'autre part à l'épanchement intra-articulaire. Les synoviales articulaires, le tissu cellulaire périarticulaire, mais surtout les gaines tendineuses en sont le siège. Dans une seule observation (IX, Escherich) le gonflement des extrémités osseuses a été noté, et il a disparu vite.

L'*hydarthrose* est fréquente. Elle siège de préférence au genou (Escherich, Fendick, Clément, Lucas, Haushalter, Weill). La quantité de liquide est, en général, assez grande. Elle peut même acquérir de grandes proportions. Clément Lucas, dans son observation I, dit qu'il y avait « une grande quantité de liquide dans le genou »; Fendick dit que le genou était « plein de liquide », Weill dit : « gonflement considérable avec hydarthrose ».

L'hydarthrose se traduit par ses signes classiques : distension de la synoviale et déformation de la jointure, fluctuation, etc. Ainsi Haushalter et Griffon ont senti la fluctuation d'une façon nette.

Plusieurs fois les phénomènes réactionnels du côté de la peau, rougeur, chaleur, ont été remarqués et firent supposer l'existence de pus. Dans un cas (I), Clément Lucas pensait avoir affaire à une collection purulente, tellement l'inflammation était intense. Lorsque plusieurs articulations sont tuméfiées, la peau peut être très rouge sur l'une et normale sur l'autre. Dans une observation (1) de Clément Lucas, nous voyons que le genou et le poignet gauche sont tuméfiés et douloureux; or, au genou « la peau est rouge et fait penser à la suppuration », tandis qu'au poignet elle est normale. D'autres fois la peau est normale; ainsi, dans les observations rapportées par Griffon et Weill, la peau n'était pas rouge, ce n'est que plus tard que la rougeur a apparu dans le cas de Griffon.

La *fièvre*, si fréquente chez les enfants plus âgés, fut absente dans tous les cas de nouveau-nés observés jusqu'à présent, excepté dans le cas de M. Weill où la température a monté à 39°2 le deuxième jour après l'invasion articulaire. De même, dans les cas de Hock et Finger, la température avait monté brusquement à 38°8. La plupart des observateurs (Clément, Fendick, Widmarck, Lindermann, Deutschmann) ne disent rien à propos de la température. D'autres (Escherich, Haushalter) signalent une température normale. Dans le cas de Griffon, elle est oscillante entre 36 degrés et 39 degrés et l'invasion articulaire débutait par hypothermie (36 degrés).

Dans tous les cas observés jusqu'à présent, l'état

général parut peu atteint ; dans cinq cas la mort survint au milieu des symptômes cérébraux graves provoqués par une otite concomitante (Deutschmann, VI) et au milieu de symptômes gastro-intestinaux (vomissement, diarrhée) et hypothermie dans les cas de Griffon, XV, et Weill, XVI. Dans ce dernier cas, l'origine blennorragique de la dyspepsie est possible, attendu qu'il n'y a eu aucun écart de régime signalé (Weill) ; la malade de Hock succombe à des complications pulmonaires ; et celui de Finger à plusieurs complications (arthrites, bronchite capillaire, phlegmon du cou).

MARCHE — DURÉE — TERMINAISON

L'arthropathie séreuse, une fois constituée, tend vers la guérison, mais elle y arrive plus ou moins vite. Le gonflement et la douleur subissent une diminution progressive et parallèle. Lorsque plusieurs articulations sont atteintes en même temps, la guérison de l'une n'entraîne pas nécessairement celle de l'autre. Dans l'observation I de Clément Lucas, l'arthrite du genou a guéri environ quinze jours après celle du poignet. D'autres fois la guérison d'une arthrite est suivie de l'invasion d'une autre articulation (Weill).

La durée de l'affection varie entre quinze jours et un mois. En effet, si on se rapporte aux observations de ce genre relatées chez le nouveau-né, on voit que, dans la plupart des cas, la durée était de quinze jours (Widmarck, Lindermann, Weill, pour le genou et huit jours pour le poignet), dix jours (Haushalter), trois semaines (Clément Lucas, III). La terminaison se fait toujours par le retour complet de l'articulation à l'état physiologique. L'ankylose, si fréquente chez l'adulte, est inconnue chez l'enfant.

Aucun observateur ne signale chez l'enfant la possibilité de la terminaison de l'arthrite blennorragique par tumeur blanche. On ne peut donc dire en ce moment

qu'elle soit un point d'appel comme d'autres arthrites, pour le bacille tuberculeux.

Les récidives n'ont pas encore été signalées chez l'enfant.

Comme complication au cours de la maladie, certains auteurs citent la suppuration. Ainsi Linder mann (VIII) rapporte une observation d'arthrite suppurée, dont la guérison fut rapide. Deutschmann a bien constaté par la ponction l'existence du pus dans la jointure, mais il ne dit pas si la guérison survint.

L'atrophie musculaire, si fréquente et passagère chez les enfants plus âgés, n'a jamais été observée chez les nourrissons.

On peut se demander maintenant ce que devient l'ophtalmie pendant l'évolution de l'arthrite. Dans la plupart des cas, la guérison de l'œil et de l'articulation s'est effectuée à peu près en même temps. L'ophtalmie a guéri parfois avant l'arthrite (Clément Lucas, obs. I) ; dans le cas de Weill (obs. XVI) l'ophtalmie purulente était presque guérie avant que le poignet ne soit atteint ; dans le cas de Linder mann (obs. VIII), l'ophtalmie a même guéri avant le début de l'arthrite. Dans d'autres cas, au contraire, l'ophtalmie a duré après la guérison des complications articulaires, quinze jours environ (Widmarck, obs. V).

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Le diagnostic du rhumatisme blennorragique sera facile si, en présence d'une arthrite aiguë ou subaiguë, on songe à la possibilité de son origine blennorragique et si l'on pratique l'exploration des yeux et de la vulve. L'examen bactériologique de l'exsudat conjonctival ou vulvaire confirmera ou infirmera l'existence d'une affection à gonocoques.

Cependant il y a quelques maladies qui peuvent être confondues avec le rhumatisme blennorragique, et que nous croyons utile d'énumérer avec leurs caractères distinctifs.

a) Le rhumatisme articulaire vrai, aigu ou subaigu, rare au dessous de cinq ans, a la mobilité du rhumatisme articulaire de l'adulte, s'il n'en a pas ordinairement la généralisation. De plus, les localisations viscérales sont extrêmement fréquentes, en particulier l'endopéricardite; dans le rhumatisme blennorragique au contraire elles sont exceptionnelles.

Le salicylate de soude a une action héroïque sur le rhumatisme articulaire vrai, son influence est nulle sur le rhumatisme blennorragique, comme d'ailleurs sur tous les pseudo-rhumatismes infectieux, et l'affection que nous étudions n'en est qu'une modalité.

b) La tumeur blanche a une évolution toute différente dans ses formes chroniques. Sa forme aiguë est rare et n'est, dans l'immense majorité des cas, qu'une localisation, qu'une manifestation locale d'une granulie localisée.

c) L'hydarthrose syphilitique, rare chez l'enfant, se caractérise par une douleur modérée ou même nulle; au palper, on constate une tuméfaction des épiphyses, qui, comme nous l'avons dit plus haut, est rare et de brève durée dans l'arthrite blennorragique de l'enfant.

d) La pseudo-tumeur blanche syphilitique prêterait encore moins à erreur. D'ailleurs, quelle que soit la forme de la syphilis articulaire, il faudra chercher chez l'enfant les stigmates de syphilis héréditaire : difformités crâniennes et nasales, cicatrices commissuraires des lèvres. Si un doute existait, l'étude des antécédents héréditaires et surtout le traitement spécifique auront bientôt tranché le diagnostic.

e) La pseudo-paralysie syphilitique ou maladie de Parrot se manifeste ordinairement entre le deuxième mois et la fin de la première année, l'impotence fonctionnelle est absolue sans doute, mais le gonflement siège, non pas au niveau de l'articulation, mais au niveau du cartilage épiphysaire, et souvent à ce niveau, on peut constater de la crépitation. L'enfant est fils de syphilitique et présente lui-même ordinairement d'autres tares caractéristiques de la syphilis héréditaire.

En somme, toutes les fois qu'un enfant atteint de conjonctivite purulente ou de vulvite, présentera les symptômes de l'arthrite blennorragique, quelle que soit la forme de cette arthrite, il sera bon de faire l'examen bactériologique du pus et, le gonocoque constaté, il faut éli-

miner successivement toutes les affections articulaires, que nous venons de passer en revue.

Quant au diagnostic de la nature du liquide épanché dans la synoviale, il sera fait et doit être fait à temps par la ponction exploratrice. Cette recherche est surtout importante si l'on soupçonne la présence du pus dans l'articulation.

PRONOSTIC

Le pronostic du rhumatisme blennorragique chez le nouveau-né est plus bénin que chez l'adulte. D'après les observations publiées jusqu'à présent, la guérison est presque complète sans laisser de traces.

Il serait imprudent de fixer un terme précis à la maladie, car nous avons vu combien sa durée différerait suivant les cas.

Tout en affirmant la nature bénigne de l'affection, il faudra penser à la possibilité d'une suppuration, qui offre toujours un certain caractère de gravité.

Le pronostic ordinaire de la conjonctivite purulente n'est pas influencé par la coexistence de l'arthrite.

TRAITEMENT

Le traitement doit répondre à trois conditions : calmer la douleur, diminuer l'inflammation, hâter la résorption de l'exsudat.

Le traitement général par le salicylate de soude, l'antipyrine, l'iodure de potassium ne donne aucun résultat. C'est au traitement local qu'il faut s'adresser.

L'immobilisation de la jointure répondra aux deux premières indications, la compression ouatée à la troisième.

L'immobilisation dans une demi-gouttière plâtrée embrassant aux deux tiers la main et l'avant-bras par leur face antérieure assurera une immobilisation bien complète. Cette immobilisation doit être continuée tant qu'il existe du gonflement et de la douleur.

La compression ouatée sera indiquée dans les cas où il y a de l'hydarthrose ou un œdème prononcé des tissus périarticulaires. Elle sera douce et uniforme. Quelle que soit l'articulation atteinte, il faudra commencer l'opération par le pied au membre inférieur, par la main au membre supérieur et rouler les bandes en remontant vers la racine du membre.

La révulsion peut être combinée à l'immobilisation seule, ou à l'immobilisation accompagnée de compres-

sions. Comme révulsif, on peut employer de la teinture d'iode diluée avec de la glycérine.

L'arthrite blennorragique suppurée est justiciable du traitement ordinaire des pyarthroses : arthrotomie et lavage antiseptique de l'articulation.

L'ophtalmie sera traitée par les moyens ordinaires dans le détail desquels nous n'avons pas à entrer.

OBSERVATION I

(*British medical journal*, juillet 1885; observation I de Clément Lucas.)

La mère a commencé à avoir des pertes blanches trois semaines avant l'accouchement. Père atteint de blennorragie.

Enfant de dix-huit jours; deux jours après sa naissance il fut atteint d'ophtalmie purulente des deux yeux. Environ quinze jours après sa naissance, alors que la conjonctivite était encore intense, la mère remarqua que le genou gauche était gonflé et douloureux. L'enfant criait dès qu'on essayait de mouvoir l'articulation. Peu de temps après, la main gauche et l'articulation radio-carpienne gauche devinrent très douloureuses.

Le 12 février 1885, la mère l'amène à l'hôpital.

Le genou est très tuméfié et contient une grande quantité de liquide. La peau est rouge et fait penser à la suppuration de la jointure. Le poignet est tuméfié, mais sans rougeur de la peau; craquement et douleur assez vive dans l'articulation.

Le 5 mars, les yeux sont guéris. Le poignet est moins gonflé et moins douloureux.

Le 25 mars, le genou est guéri, aucune douleur dans les mouvements.

OBSERVATION II

(Observation II de Clément Lucas.)

Enfant né le 20 juin 1895. Deux jours après sa naissance il a une conjonctivite des deux yeux.

Le 5 juillet, le genou gauche devient gros et douloureux.

La pression au niveau de l'articulation, les mouvements provoqués font crier l'enfant.

Le 23 juillet, les yeux vont mieux. Le genou gauche est demi-fléchi, distendu par du liquide. Il n'y a pas de tuméfaction des épiphyses.

Le genou guérit rapidement sans raideur.

On apprend que la mère était atteinte d'un écoulement vaginal depuis deux mois.

OBSERVATION III

(Observation III de Clément Lucas, *ibid.*)

Il s'agit d'un nouveau-né qui eut, au quatrième jour, une ophtalmie purulente double.

La mère avait des pertes blanches.

Au bout de huit jours, le genou gauche devint très rouge et tuméfié. L'inflammation de la jointure est tellement vive qu'on pense à la présence du pus.

Le genou guérit en un mois, traité simplement par des lotions d'eau de chaux.

OBSERVATION IV

(Fendick, *British medical journal*, 31 octobre 1885.)

Enfant nouveau-né dont le père a une blennorrhagie et la mère

un écoulement vaginal ; trois jours après sa naissance, l'enfant est atteint d'une ophtalmie purulente qui fut traitée par les astringents.

Dans le cours de la troisième semaine, le genou gauche se tuméfie. L'articulation est pleine de liquide, demi-fléchie, légèrement chaude au toucher, avec douleur dans les mouvements.

Le traitement, purement local, consista en fomentations chaudes. Le genou s'améliora rapidement, et l'enfant commença vite à se servir du membre avec facilité.

OBSERVATION V

(Widmark, *Archiv. für Kinderheilk.*, VII, p. I, 1885.)

Nouveau-né. Au seizième jour de sa naissance il présenta une conjonctivite purulente rebelle qui dura deux mois ; seize jours après le début de cette conjonctivite, le genou et le cou-de-pied droit devinrent douloureux et tuméfiés. La complication articulaire dura quinze jours et se termina par la guérison.

OBSERVATION VI

(Observation I, de Deutschmann.)

Au commencement de l'année dernière (1889) on m'a présenté un garçon âgé de trois semaines, qui était atteint de blennorrhée des nouveau-nés. Cette blennorrhée assez intense et non soignée jusqu'à ce moment, fut bientôt compliquée d'une kératite diffuse gauche. Ce cas, normal sous tous les rapports, fut traité par l'azotate d'argent, et présentait une marche normale. Mais douze jours après, une otite moyenne droite se déclara, et on constata en même temps une inflammation avec gonflement des articulations du poignet droit et du cou-de-pied gauche. Je me suis proposé de ponctionner les articulations malades pour en extraire un peu de pus et me

convaincre ainsi qu'il était de même nature que celui de l'ophtalmie purulente. Mais l'enfant ne me fut plus présenté. Plus tard, j'appris que l'enfant succomba peu après, au milieu d'une fièvre et de phénomènes cérébraux probablement dus à la propagation de son affection otique.

OBSERVATION VII

(Observation II de Deutschmann, *Arch. f. Ophthalmol.*, 1890).

Au commencement de l'année dernière 1889, on m'a présenté un garçon âgé de trois semaines, qui était atteint d'une conjonctivite des nouveau-nés qui, au cours de cette conjonctivite, fut pris de rougeur et de gonflement du genou gauche. Il n'y avait pas de kératite et l'état général de l'enfant était assez satisfaisant. L'examen microscopique du liquide de la conjonctivite y décela une grande quantité de gonocoques. Le liquide retiré de l'articulation malade était purulent et présentait sous le microscope des cellules du pus, des cellules endothéliales et de la fibrine; de plus, il y avait une certaine quantité de gonocoques typiques. Ces gonocoques ne se distinguaient en rien de ceux qu'on observe dans l'ophtalmie purulente; l'analogie était évidente. Leurs dimensions, leur forme et leur arrangement étaient absolument identiques. Traités par l'iode, ils se décoloraient. Leur culture dans la gélatine de peptovienne sont restées stériles.

On ne trouva aucun autre micro-organisme.

OBSERVATION VIII

(Lindermann, *Beitrage für Augenheilk.*, n° 5, 1892.)

Enfant nouveau-né, ophtalmie purulente blennorragique. La guérison de l'ophtalmie est obtenue au bout de trois semaines.

Immédiatement après la guérison survient de la douleur et du gonflement du genou gauche avec douleur de la peau. On fait une ponction et on retire du pus. A l'examen microscopique, l'auteur constata la présence dans ce pus de gonocoque de Neisser. Mais l'ensemencement sur des plaques enduites d'agar-agar (d'après Wertheim) ne donna pas de résultats absolument incontestables.

OBSERVATION IX

(Escherich, *Jahrbuch f. Kinderheilk.*, octobre 1893.)

Enfant nouveau-né, mal développé, sexe masculin. Depuis le troisième jour de sa naissance, il est atteint d'une ophtalmie blennorrhagique droite; dans le cours de la troisième semaine, le genou gauche se tuméfie; huit jours après, le professeur Escherich voit l'enfant.

Le gonflement est notable; il y a eu un léger écartement des extrémités osseuses articulaires. Le genou est dans l'attitude de la flexion.

Pas de crépitation ni de sensibilité à la pression.

L'œil droit donne encore du pus. Température normale. Immobilisation sur une attelle.

Après une semaine, on enlève l'attelle, l'exsudation articulaire semblant s'être complètement résorbée.

La semaine suivante, l'extrémité du fémur se gonfle. On fait une application de teinture d'iode.

Au bout de quinze jours, le malade fut guéri de son arthrite et de son ophtalmie.

OBSERVATION X¹

(H. Hock, *Wiener klin. Wochenschr.*, t. VI, n° 41, p. 736,
12 octobre 1893).

Marie S..., née le 13 janvier 1893 à la clinique d'accouchements,

¹ Citée par Marcel Sée, Thèse de Paris, 1896.

est transportée le 20 janvier à la *Niedrosterreichische Landes-Findelanstalt* et placée dans le service d'yeux pour ophtalmie blennorrhagique double. L'affection oculaire était extraordinairement violente : enflure et rougeur considérable des paupières ; écoulement d'un pus épais, crémeux, fort chimosis de la conjonctive et gonflement des culs-de-sac. Dans le pus, nombreux gonocoques. Malgré les lavages faits chaque heure avec une solution de permanganate de potasse et les attouchements avec une solution de nitrate d'argent à 2 pour 100, se développa le 2 février une suppuration de l'œil gauche, à marche constamment progressive ; malgré tous les soins se déclara une perforation avec procidence irienne et finalement cicatrisation avec enclavement de l'iris. Une amélioration relative se produisit alors.

Le 25 février dans la journée la température monta brusquement (38°8). L'enfant fut en proie à une grande agitation et montra de la répugnance à prendre le sein, tenant sans cesse les jambes repliées et manifestant une grande douleur lorsqu'on cherchait à les étendre.

Le 26 février, T. = 38°5. A l'examen, la région du genou gauche est très enflée et présente de la fluctuation devenant de plus en plus nette avec la durée de la fièvre. La circonférence maxima de l'articulation mesurée au-dessus de la rotule est de 15 centimètres pour le genou malade, 12 cm. 5 pour le sain. Choc rotulien net.

Le 28 février, je fais avec une aiguille stérile une ponction exploratrice qui amène environ 5 centimètres cubes d'un liquide séro-purulent. Dans les préparations microscopiques de ce liquide se trouvent, quelquefois libres, mais le plus souvent dans les nombreuses cellules de pus, des diplocoques assemblés pour la plupart en groupes de 6, 8, 12 et plus, ayant absolument la grosseur et la forme de gonocoques, se colorant d'une façon intense par le bleu de méthylène, se décolorant par le Gram, forcément interprétés enfin comme des gonocoques.

Les cultures ne laissent plus aucun doute : sur gélatine ordinaire, sur agar, rien ne pousse. En revanche, après vingt-quatre heures se développent sur le milieu de Wertheim (mélange d'agar

et de sérum sanguin humain) des cultures répondant de tout point à celles de gonocoques.

Une seconde ponction faite le 8 mars donne le même résultat, sauf que sur les lamelles les gonocoques sont beaucoup moins nombreux.

On ne trouve guère dans une préparation que 8 à 10 leucocytes contenant des gonocoques.

La culture en plaques donne les mêmes cultures gonococciques typiques que la première fois. D'abondantes cultures se développent de même sur l'agar mêlé de liquide kystique, suivant la méthode de Menge (le liquide kystique dû à l'amabilité du Dr Regnier, assistant).

Comme je présentais le cas le 18 mars à la *Société de gynécologie*, l'articulation de la hanche gauche offrait déjà une tuméfaction nettement perceptible; mais ce qui était surtout remarquable, c'était la mobilité anormale de la tête du fémur et la projection en dehors du trochanter. Il fallait que la tête fémorale fût soulevée hors de sa cavité.

Il y avait sûrement arthrite coxo-fémorale avec épanchement, mais cette arthrite était-elle due à la même cause? Avions-nous affaire à une coxalgie blennorragique, de même qu'il y avait positivement une arthrite blennorragique du genou? Il est plus que probable qu'il s'agissait à la hanche du même processus qu'au genou; malheureusement, je ne pus m'en assurer, n'ayant pas fait de ponction.

Le cours ultérieur de la maladie fut le suivant :

La tuméfaction du genou diminua bientôt avec chute de la fièvre. Les ganglions inguinaux du côté gauche se tuméfièrent considérablement. La mobilité anormale de la cuisse gauche devenait de plus en plus frappante, de même, l'attitude particulière de la jambe en rotation externe, abduction et flexion, la projection nette du trochanter en dehors, tellement, que je pensai à une disjonction épiphysaire. Sous la peau du sourcil gauche, à l'angle externe de la paupière, se développa un petit abcès de la grosseur d'une lentille, sans aucun degré de réaction qui, pour cette raison, ne fut point ouvert. Puis, l'enfant fut atteint de rhinite et de bronchite.

Elle allait de plus en plus mal. L'enfant pesait le 6 avril, à trois mois, 2500 grammes.

Elle succomba finalement le 15 avril, à une bronchite chronique, à laquelle s'était jointe une pneumonie catarrhale.

DEUX OBSERVATIONS ¹

Communiquées par Höck, à la *Société viennoise de dermatologie*,
8 novembre 1893.

XI. — Le premier, né le 8 octobre 1893, présentait à douze jours une conjonctivite purulente double; quatre jours après, l'enfant étant relativement bien, survenait un gonflement considérable de l'articulation tibio-tarsienne gauche. Deux jours après, le poignet gauche se prenait, le droit également, mais à un moindre degré. Le lendemain, 27 octobre, ulcération de l'œil gauche, puis perforation. La sécrétion des deux yeux contenait de nombreux gonocoques. Le 28, ponction de l'articulation tibio-tarsienne gauche, d'où sortait une petite quantité de liquide séro-purulent, avec de nombreux gonocoques typiques. Nouvelle ponction le 30, avec le même résultat.

XII. — Le second garçon, âgé de trois semaines, présentait une ophtalmie blennorragique des deux yeux, avec gonocoques typiques. Le 6 novembre, tuméfaction du genou gauche, fluctuation évidente; fièvre modérée. La ponction donna 2 centimètres cubes d'un liquide séro purulent, où se voyaient de nombreux gonocoques.

¹ Citées par Marcel Sée, Thèse de Paris, 1896.

OBSERVATION XIII

(Finger, Ghon et Schlagenhauser, *Arch. f. Derm. u. Syph.*,
t XXVIII, p. 339, 1894).

*Ophthalmie, arthrite et phlegmons blennoragiques*¹.

Br... F..., né le 16 octobre 1893, est reçu le 26 octobre 1893 à la crèche 1^{er} et R^e, où apparaissent le même jour les premiers signes d'ophtalmie blennoragique double. Nombreux gonocoques dans la sécrétion.

Le 4 novembre, le genou gauche est tuméfié. T. = 38°5.

Le 6 novembre, dans le genou gauche, épanchement nettement perceptible, la rotule ballotte; le tour du genou mesure 13 centimètres, la droite en mesure 11.

Le 7 novembre, ponction du genou gauche. Elle donne 2 centimètres cubes d'un liquide séro-purulent, qui montre au microscope de nombreux gonocoques typiques, décolorables par le grain, inclus dans les leucocytes. Leur culture sur sérum-agar et urine-agar donne à l'état pur de nombreuses colonies typiques de gonocoques.

Le 10 novembre, la tuméfaction du genou gauche est stationnaire. L'articulation du cou-de-pied gauche est très tuméfiée et présente une fluctuation nette. Elle est ponctionnée, et le pus montre au microscope de nombreux gonocoques typiques.

Le 13 novembre, le genou gauche, toujours tuméfié, est de nouveau ponctionné. Lamelles et cultures de la sécrétion montrent la présence exclusive de nombreux gonocoques typiques.

Le 18 novembre, dans le voisinage de la parotide et de l'articulation de la mâchoire est apparue une tuméfaction grosse comme une noisette, nettement fluctuante. On essaye de la ponctionner, mais on ne réussit pas à en tirer du liquide.

¹ Marcel Sée, *Le gonocoque*, thèse de Paris, 1896.

Le 23 novembre, le gonflement de l'articulation du genou et des tissus périarticulaires a considérablement augmenté. Au-dessus, tuméfaction nettement fluctuante, avec rougeur de la peau, s'étendant jusqu'au-dessus du milieu du fémur gauche.

La région parotidienne gauche est le siège d'une tuméfaction intense. Cette tuméfaction, d'une consistance pâteuse, se prolonge le long du sterno-cléido-mastoïdien jusqu'au cou. Signes prononcés de bronchite capillaire.

Le 25 novembre, toute la moitié gauche du cou, depuis l'oreille jusqu'à la clavicule, est le siège d'une tuméfaction phlegmoneuse, sans fluctuation. L'enfant est très affaibli et refuse toute nourriture depuis plusieurs jours. La bronchite capillaire a envahi les deux poumons.

Le 28 novembre, l'enfant meurt à midi.

Autopsie, pratiquée par M. le professeur Weichselbaum trois heures après la mort.

L'articulation du genou gauche, ainsi que la portion de cuisse sus-jacente, jusqu'au-dessus de son milieu sont considérablement tuméfiées. La cavité de l'articulation du genou est remplie d'une grande quantité de pus jaune verdâtre; la synoviale est gonflée, rouge clair ou gris rougeâtre; les cartilages articulaires ne présentent point d'altérations. Le cul-de-sac articulaire sous-jacent au quadriceps fémoral est rempli du même pus granuleux jaune verdâtre, et se continue encore en haut avec une cavité d'abcès périarticulaire remplie du même pus et allant jusqu'au milieu de la cuisse.

Les parties molles du dos du pied gauche sont très oedémateuses, mais l'articulation du cou de pied elle-même est saine.

Au voisinage de l'épaule droite, mais ne communiquant pas avec l'articulation se trouve sous le deltoïde un abcès rempli de pus épais et grumeleux.

Répandant à l'attache du quatrième cartilage costal gauche au sternum, se trouve un abcès gros comme un pois, rempli de pus grumeleux.

La cavité de l'articulation temporo-maxillaire gauche est remplie du même pus jaune verdâtre grumeleux, les cartilages articu-

lares détruits ; de même une partie du capitulum du processus condyloïdien ; le reste, ainsi que la fosse glénoïde, est recouvert de granulations assez épaisses.

Dans la région de la parotide et du masséter gauche, ainsi que sur le côté correspondant du cou, se remarque un gonflement diffus des parties molles, qui ne contient nulle part de pus, mais consiste en l'imbibition du tissu cellulaire par une abondante sérosité louche, et se prolonge jusque dans le médiastin.

Le poumon gauche, à l'exception de ses parties supérieures qui sont saines, est épaissi, sans air et rouge brunâtre, mais ne montre à la coupe que des granulations peu nettes. Le poumon droit est normal.

Les différents exsudats (à l'exception du pus de l'abcès de l'épaule droite, qui avait été découvert par hasard, le second jour seulement) et le sang du cœur, furent aussitôt après l'autopsie ensemencés avec les précautions convenables et préparés en lamelles.

L'examen bactériologique ainsi pratiqué a permis de constater la présence des gonocoques, contenus dans les cellules du pus, ou libres, se décolorant par le Gram, et ayant leurs dispositions typiques.

OBSERVATION XIV

(Communiquée par Haushalter au Congrès méd. de Bordeaux,
p. 1059, 1895).

René K..., âgé de vingt-huit jours, entré le 1^{er} juin 1895 à la Clinique des enfants.

Rien à signaler dans les antécédents héréditaires, sinon que le père, menuisier, a eu de fréquentes atteintes de rhumatisme articulaire aigu ; il n'avoue aucun écoulement urétral.

La mère au début de sa grossesse a eu des pertes blanches qui ont persisté jusqu'au quatrième mois.

L'enfant est né à terme, bien constitué ; trois jours après sa naissance, on s'aperçut d'un suintement purulent au niveau des

deux paupières ; la sage-femme appliqua un traitement quelconque, mais l'écoulement ne faisant qu'augmenter, l'enfant fut amené à l'âge de dix-huit jours à la Clinique ophtalmologique, où l'on découvrit, outre les signes d'une conjonctivite purulente double, ceux d'une infiltration complète des deux cornées ; les deux yeux étaient perdus. Par des lavages antiseptiques répétés, l'écoulement conjonctival s'amenda bientôt en partie.

Le 25 mai, l'enfant avait vingt-cinq jours, la mère s'aperçoit d'un gonflement du poignet gauche ; le 30 mai on remarque du gonflement au niveau du genou droit.

Etat de l'enfant à son entrée à l'hôpital le 1^{er} juin.— L'enfant élevé au biberon est bien constitué ; son état général est satisfaisant, bien qu'il ait habituellement par jour plusieurs selles diarrhéiques. Apyrexie, suintement purulent continu par les deux paupières ; infiltration opaque des deux cornées.

Articulation. — Gonflement, empâtement au niveau de la face dorsale de la main et du poignet, à gauche ; du même côté, tuméfaction et empâtement du tiers inférieur de la face palmaire de l'avant-bras ; la cause de cet empâtement semble bien résider dans les gaines tendineuses de la région. De plus, la flexion du poignet sur l'avant-bras détermine la sensation de frottement articulaire ; cette flexion paraît douloureuse et l'enfant maintient habituellement immobile la main gauche.

Le genou droit frappe par sa forme arrondie, tuméfiée et contraste vivement avec l'aspect normal du genou gauche ; cette tuméfaction tient à la distension de la synoviale, surtout dans ses culs-de-sac supérieurs, par du liquide donnant au palper une sensation nette de fluctuation.

L'enfant maintient habituellement le genou de ce côté en demi-flexion ; l'exploration de l'articulation paraît douloureuse. Une ponction exploratrice est pratiquée dans l'articulation avec une seringue stérilisée.

On retire 1 centimètre cube d'un liquide légèrement louche, quoique n'offrant nullement l'aspect du pus ; le microscope y décèle de nombreux leucocytes polynucléés ; des ensemcements et des lamelles sont faits avec le liquide.

Les 5 et 6 juin, la tuméfaction du genou droit, du dos de la main et de la région du poignet, à gauche, a notablement diminué. L'état général de l'enfant est satisfaisant, quoique la diarrhée persiste. L'écoulement oculaire est à peu près tari. Apyrexie.

Le 8 juin, les deux poignets et les deux mains n'offrent plus guère de différence. Seul, le genou droit présente d'une façon générale des formes plus arrondies et plus saillantes que le genou gauche, bien que pour le palper on n'ait plus la sensation d'empâtement et de fluctuation du début. Les jours suivants, l'enfant présente quelques troubles gastro-intestinaux qui s'amendent bientôt.

Le 20 juin, le suintement purulent au niveau des conjonctives a cessé.

Le genou droit est toujours plus volumineux que le genou gauche ; mais il n'existe plus traces appréciables de liquide ; l'augmentation de volume semble bien tenir à un élargissement et à une tuméfaction des extrémités articulaires.

L'enfant quitte l'hôpital le 21 juin ; depuis cette époque, il a été perdu de vue.

OBSERVATION XV

(Publiée par M. Griffon dans *la Presse médicale*, p. 88, 1896.)

L'enfant M... (Marguerite), née le 11 août 1895, entre le 2 septembre 1895 à l'hôpital des Enfants-Malades, salle Baudelocque, n° 20.

Sa mère, partie pour la campagne, ne peut nous faire connaître les commémoratifs, mais la personne qui l'a amenée sait pertinemment que la mère a une leucorrhée ancienne, que l'accouchement a été laborieux, qu'on a même été contraint de recourir au forceps.

La sage-femme s'est aperçue, dès les premiers jours, que les yeux étaient remplis de pus ; on s'est contenté de lavages avec une solution d'acide borique.

A son entrée, l'enfant présente une ophtalmie purulente double.

La conjonctive est rouge, non boursouflée; l'écoulement peu abondant est séreux, jaunâtre, avec quelques grumeaux et filaments blanchâtres. Les lésions cornéennes sont évidentes et avancées. Il y a de chaque côté perforation de la cornée et présence de pus à la partie inférieure de la chambre antérieure.

Il y a en outre de la vulvo-vaginite : la vulve est rouge, les petites lèvres sont tuméfiées, l'écoulement est abondant, surtout le matin.

Le 3 septembre, on remarque que l'enfant n'étend pas la cuisse droite et se plaint lorsqu'on remue ce membre.

Le 4 septembre, le poignet augmente de volume.

État actuel : 5 septembre. — Température matinale : 36 degrés.

Outre une petite hernie ombilicale, sans importance, l'enfant présente des lésions au poignet et à la hanche du côté droit.

Poignet droit. — La main est fléchie sur l'avant-bras. Toute la région du poignet est tuméfiée, arrondie, sans changement de coloration de la peau, sans élévation locale de la température. La face dorsale de la main est œdématiée, les veines sous-cutanées y sont très apparentes. Les mouvements imprimés à l'articulation radio-carpienne arrachent des cris à l'enfant.

Hanche droite. — La cuisse est très fléchie sur l'abdomen; lorsqu'on tente de la défléchir, on provoque des cris et l'on est bientôt arrêté par la contraction des muscles fléchisseurs de la cuisse. La jambe est fléchie sur la cuisse, mais on peut la défléchir sans arriver cependant à l'extension complète.

La région fessière est arrondie, globuleuse; la hanche a la forme dite « en gigot ». On sent manifestement que la synoviale est distendue par un épanchement, et même il est possible de déceler de la fluctuation en arrière du grand trochanter. Pas de rougeur de la peau; pas d'hyperthermie locale.

Au lit, l'enfant ne se plaint pas. Elle boit régulièrement son lait et n'a pas de diarrhée. Cependant les selles sont un peu verdâtres; température vespérale, 36°3.

Le 6 septembre, température matinale, 36°6; la tuméfaction de la hanche droite a diminué. Il est difficile aujourd'hui de per-

cevoir la fluctuation. L'œdème du poignet est moins accusé. On immobilise l'articulation radio-carpienne droite dans un appareil composé d'attelles en bois et d'une bande de toile. Diarrhée verte depuis ce matin. Erythème autour de l'anus. Température vespérale, 37 degrés; poids de l'enfant, 2 kil. 370.

Le 7 septembre, température matinale, 35°5. La hanche droite reste globuleuse. En plus, on note une rougeur légère des téguments et une petite élévation de la température locale. La diarrhée persiste (dix selles vertes dans la journée.). L'érythème périanal augmente d'étendue; température vespérale, 38 degrés.

Le 8 septembre, température matinale, 36 degrés. Même état local. Le poignet est moins tuméfié, mais est toujours fléchi et douloureux. La peau de la région fessière n'est pas œdématiée; elle glisse facilement sur les plans profonds; elle est seulement un peu rouge.

L'état général est plutôt amélioré. Il n'y a plus de vomissements. Ce matin, l'enfant a eu une selle moins verte, presque jaune. Elle a cinq selles dans la journée. Température vespérale, 37°5; poids, 2 kil. 380.

Le 9 septembre, l'amélioration continue. Température matinale, 36 degrés. On note cinq selles et cinq vomissements; température vespérale, 37°5.

Le 10 septembre, P. = 2 kg. 350 grammes. Température matinale, 36 degrés.

Température vespérale, 35°9; trois selles, deux vomissements; température vespérale, 39°5.

Le 12 septembre, température matinale, 36 degrés; P. = 2 kg. 110.

L'enfant dépérit rapidement. Sa peau se ride, se plisse sur ses membres. Elle vomit fréquemment, a de la diarrhée persistante. Les sécrétions paraissent taries: à peine trouve-t-on entre les paupières quelques filaments blanchâtres. La vulve reste rouge, mais l'écoulement a presque cessé.

Le poignet est déformé, mais moins tuméfié. La main pend inerte, légèrement fléchie sur l'avant-bras. Les sinoviales tendineuses des muscles extenseurs et fléchisseurs sont distendues, sur-

tout au niveau de la gouttière verticale, creusée en arrière de l'épiphyse inférieure du décubitus, entre la tête de l'os et l'apophyse styloïde, par le tendon du muscle cubital postérieur : en ce point est une petite tumeur arrondie, fluctuante, faisant corps avec le plan profond, la peau restant intacte et mobilisable.

Quant à la hanche, elle donne toujours l'impression que la synoviale est distendue, sans qu'il y ait de véritable empâtement péri-articulaire. La peau plisse sur les plans profonds ; elle présente toujours une légère rougeur. La cuisse reste fléchie, mais la flexion extrême est impossible ; l'abduction est très limitée. Température vespérale, 35°5

Le 13 septembre, état grave. Température matinale, 36 degrés.

On compte cinq selles et un vomissement dans la journée. Température vespérale, 37°3.

Le 14 septembre, arrêt de toutes les sécrétions. L'enfant ne boit plus. Elle maigrit, elle fond effroyablement vite. T. = 37 degrés. L'enfant s'agite par instant ; elle n'a même plus la force de crier ; elle s'éteint à 6 heures du soir.

Autopsie. — Pratiquée le 15 septembre à 6 heures du soir, exactement vingt-quatre heures après la mort.

Poignet droit : incision de la petite tumeur fluctuante logée dans la gouttière postérieure du décubitus. La peau et les couches sous-cutanées une fois disséquées, on arrive sur une membrane mince et bleuâtre, qu'on stérilise au fer rouge et qu'on incise avec un bistouri ayant séjourné dix minutes dans l'eau bouillante. On aspire alors dans une pipette stérilisée le contenu de cette poche, recueilli ainsi aussi purement que possible. C'est un pus blanchâtre, épais, crémeux, très visqueux.

Poursuivant la dissection, on voit que la synoviale qui renfermait ce pus est peu altérée, peut-être seulement un peu épaissie.

Les lésions sont surtout péri-articulaires : ce sont les gaines des tendons extenseurs qui paraissent envahies jusque sur le dos de la main, tandis que l'articulation radio-carpienne est relativement indemne.

Hanche droite. — Du côté de la hanche, les lésions sont entièrement articulaires. La capsule est ouverte par sa face postérieure,

après qu'on a successivement incisé les muscles fessiers et pelvi-trochantériens. Mêmes précautions pour l'ouverture de la cavité articulaire que pour le poignet, c'est-à-dire incision de la synoviale avec un bistouri stérilisé. Il sort un pus abondant, très épais, blanc visqueux, avec quelques grumeaux plus compacts, filants.

Les tissus péri-articulaires paraissent sains. L'articulation une fois vidée de son contenu, on inspecte les surfaces cartilagineuses; elles ont conservé leur aspect poli, en aucun point on ne voit d'ulcération du cartilage. La synoviale est lisse, non injectée. Le ligament rond est partiellement détruit. Les ganglions lymphatiques dont est tributaire la région ne sont pas hypertrophiés. Il n'y a pas de rupture de la capsule articulaire, ni de fusées purulentes disséquant les masses musculaires voisines.

Les autres articulations sont saines.

Viscères. — Le cœur est normal. L'endocarde ne présente aucune altération vulvaire ou pariétale. Les poumons montrent seulement au niveau du bord postérieur des lobes inférieurs quelques lobules atélectasiés.

La rate est grosse, turgescence.

Le foie, les reins, les capsules surrénales ne présentent rien de particulier.

OBSERVATION XVI (inédite).

(Due à l'obligeance de M. Weill, professeur agrégé).

Catherine S..., âgée de trois jours, née à Lyon, entrée le 24 mars 1898.

Père bien portant. Mère en bonne santé ordinairement. Elle a eu des pertes blanches pendant toute la durée de sa grossesse et se serait plaint d'un point de côté dans le bas ventre. Depuis le 18 mars les pertes sont devenues moins épaisses, mais ont augmenté sensiblement. L'enfant est venu à terme le 21 au matin; l'accouchement pratiqué par une sage-femme n'a pas été fait aseptiquement. Les yeux de l'enfant n'ont pas été lavés. A sa naissance et pendant les deux premiers jours l'enfant ouvrait les yeux, qui ne présentaient pas de signes d'inflammation.

Le 22 mars au soir seulement on s'est aperçu d'un petit point rouge à l'œil gauche. Les deux yeux furent pris le matin du 23. Ce n'est que le 23 au soir qu'on l'a montrée à un médecin, qui l'envoie immédiatement à l'hôpital.

Le 24 mars, *État actuel.* — Les yeux sont rouges, gonflés, laissant suinter une quantité considérable de pus et de sang. Conjonctives très tendues et rouges.

Elle ne présente rien de particulier à signaler à part son ophthalmie purulente. Il ne paraît pas y avoir de complication du côté du globe oculaire.

Digestion bonne. Pas de température. Urine?

Le 25 mars, le pus, qui hier était jaune chocolat et épais donnant l'impression de sang pourri est devenu franchement jaune. Après les lavages, il s'écoule une quantité assez considérable de sérosité rougeâtre.

Le 28 mars, au matin on constate la couleur franchement jaune du pus. Les paupières ne sont plus gonflées; il y a encore un peu de sécrétion; l'enfant ouvre l'œil spontanément.

Le 29 mars, depuis hier, il présente un gonflement portant à droite sur le poignet, le dos de la main et les articulations métacarpo-phalangiennes de l'index et du médius, les mouvements paraissent douloureux.

L'œil va de mieux en mieux, toujours un peu de pus.

Desquamation par traînées linéaires surtout au niveau du tronc et des cuisses; la peau est comme hersée.

Le 31 mars, le gonflement du poignet diminue, il y a toujours de la douleur. La température est montée hier à 39°2; l'œil est stationnaire.

Le 1^{er} avril, le gonflement diminue de plus en plus; la douleur est souvent moindre.

Le 5 avril, le poignet est complètement guéri.

Depuis hier le genou gauche présente un gonflement considérable avec hydarthrose.

L'œil ne donne plus; on ne le cautérise plus; la lumière le fatigue toujours un peu.

Le 7 avril, le genou commence à désenfler.

Le 12 avril, il reste encore un peu de tuméfaction. Pas de rougeur; la malade étend la jambe.

Le 23 avril, depuis le 20, la tuméfaction a totalement disparu. Depuis cette époque elle a pris de la diarrhée, elle a une selle liquide, parfois verte, parfois jaune. La malade a un peu maigri (a perdu 30 grammes cette semaine). Pas de température. Tétée toutes les trois heures au lieu de toutes les deux heures.

Le 30 avril, l'enfant ne profite pas; perd du poids, est pâle, pas de température, pas de vomissements. L'abdomen n'est pas bien ballonné. Pas de matité splénique. Matité hépatique 37 millimètres. Diarrhée presque immédiatement après chaque tétée.

Le 2 mai, diarrhée aqueuse tantôt verte, tantôt jaune.

L'évacuation se fait immédiatement après la tétée et, malgré cela, il y a des grumeaux. Pas de vomissement.

Du 3 au 7 mai, les mêmes troubles gastro-intestinaux (vomissement, diarrhée); poids stationnaire; apyrexie.

Le 9 mai, la petite malade vomit immédiatement tout ce qu'elle prend. Diarrhée verte.

Le 10 mai, la température a monté brusquement à 39 degrés. Ventre ballonné. Les vomissements et la diarrhée continuent.

Les pulsations cardiaques, au nombre de 104, sont régulières et très petites. Réseau abdominal très développé, ventre tendu.

Pas de muguet, langue sèche.

Le 11 mai, la température est tombée ce matin à 36 degrés. Deux selles jaunes.

Les vomissements ont diminué, le ventre est moins tendu; les douleurs ont l'air d'avoir augmenté, ou plutôt la malade crie davantage.

Le 14 mai, persistance de l'hypothermie. La malade succombe dans cet état.

Le 15 mai; autopsie. Les poumons sont oedématiés.

Rien à la rate.

Le foie présente une teinte jaune répartie en îlots autour des veines sus-hépatiques.

Rein. Substance corticale très pâle.

Dans les deux tiers inférieurs de l'intestin grêle, on voit une

rougeur très intense généralisée; en quelques points, il y a véritable suffusion sanguine rappelant le coup de sang dans l'œil et quelques érosions qui paraissent nettement liées à l'ecchymose. La muqueuse du gros intestin est aussi congestionnée (moins que celle de l'intestin grêle); très peu de folliculite. Pas d'adénopathie. L'estomac renfermait un liquide jaunâtre muqueux; pas de lésion. Rien au genou gauche.

OBSERVATION XVII

(Beclère, *Revue générale de clinique et de thérapeutique*,
n° 10, 1892.)

Fille de vingt mois, entrée à l'hôpital le 20 février 1892. Aspect général excellent. Depuis la veille au soir, elle a des douleurs très vives dans le membre inférieur droit; ces douleurs prédominent dans l'articulation tibio-tarsienne, tandis que toutes les autres jointures sont indemnes. Urétrite et vulvo-vaginite assez intenses. L'enfant est couché dans le même lit que sa mère, atteinte d'un écoulement vaginal verdâtre. Le gonocoque n'a pas été décelé dans le pus de la vulvite. Evolution rapide; guérison en quinze jours.

Traitement : enveloppement ouaté.

APPENDICE

Dans les observations que nous avons pu réunir, nous voyons que l'arthrite blennorragique chez les nouveau-nés survient presque toujours à la suite d'une ophtalmie blennorragique, et la muqueuse conjonctivale peut être considérée comme porte unique d'entrée dans l'infection gonorrhéïque.

Cependant, dans le chapitre d'étiologie, nous avons vu qu'au moment de la naissance, si la mère est atteinte de vaginite blennorragique, le gonocoque peut exceptionnellement se fixer sur la muqueuse nasale pour donner naissance à une rhinite gonococcique ou sur la muqueuse gingivale (stomatite blennorragique), donc les muqueuses pituitaire et gingivale peuvent aussi être incriminées comme portes d'entrée dans l'infection gonorrhéïque.

Aussi nous trouvons utile d'annexer à notre travail le peu d'observations de rhinite et de stomatite blennorragiques que nous avons recueillies, quoiqu'il n'y ait pas de complication articulaire.

OBSERVATION I

La rhinite blennorragique apparaît de bonne heure; elle est rapidement ou même d'emblée purulente (P. Tissier¹). « Ce fut le

¹ Tissier, *Revue des maladies de l'enfance*, p. 9, janvier 1894.

cas chez une petite fille observée par nous et dont voici l'histoire : blennorragie d'origine maritale chez la mère, au début de la grossesse. Le lendemain même de la naissance, écoulement nasal purulent, obstruction nasale; nous ne revîmes pas la petite malade, mais nous avons su depuis qu'elle avait été atteinte les jours suivants d'une conjonctivite purulente, »

OBSERVATION II

(Zwei Fälle gonorrhöischer Erkrankung der Mundhöhle Neugeborener, par Rosinski, *Deuts. med. Wochenschr.*, 1891, n° 16 et *Wien. med. Presse*, n° 17, 1891).

Deux cas de stomatite gonorrhéique chez les nouveau-nés¹.

Le premier enfant était né dans la rue. Apporté à la clinique du professeur Dohrn, on lui fit un lavage préventif des yeux avec une solution de nitrate d'argent à 2 pour 100, mais le 20 janvier l'enfant fut pris d'une blennorrhée grave de l'œil gauche (la mère présentait un écoulement vert par l'urètre). Le 23, à l'examen de l'enfant, on trouve sur la muqueuse buccale (dos de la langue, gencives, voûte palatine) des plaques d'infiltration purulente superficielle. L'examen microscopique du pus a montré la présence des diplocoques ou plutôt des gonocoques. L'enfant a guéri.

Le 13 février, un autre enfant, âgé de treize jours, fut pris d'une stomatite absolument identique. L'examen du pus a dénoté également un nombre considérable de gonocoques. La mère de cet enfant a contracté la gonorrhée au troisième mois de sa grossesse. L'enfant a guéri au bout de onze jours.

¹ *Revue mens. des mal. de l'Enfance*, p. 282, 1891.

OBSERVATION III

(Dorhn¹, IV^e Congrès de la Soc. Allem. de Gynécol.,
21-23 mai, 1861).

Infection blennorragique de la bouche du nouveau-né.

Chez un enfant âgé de huit jours, le palais et la langue présentaient des érosions assez grandes, recouvertes d'un enduit. La mère de cet enfant avait des condylomes aigus et l'enfant lui-même était atteint d'une conjonctivite blennorragique. Dans les ulcérations il y avait des gonocoques que Dorhn put cultiver.

L'infection qu'on croyait impossible autrefois à cause de la nature pavimenteuse de l'épithélium se fait probablement à la faveur d'érosions produites par la succion (note de l'auteur).

OBSERVATION IV

(H. Leyden², *Centralb. f. Gynäkol.*, n° 5, 1894).

Stomatite gonorrhéique chez les nouveau-nés.

Le cas que rapporte l'auteur a été observé à la clinique gynécologique de Breslau.

La mère, qui est arrivée à la clinique avec des membranes rompues et est accouchée quelques heures après d'une façon absolument normale, présentait un écoulement vaginal suspect. Aussi, dès que l'enfant, une fillette, a eu son cordon lié, on lui nettoya les yeux avec du sublimé. Tout se passa donc fort bien pendant

¹ *Revue mens. des mal. de l'Enfance*, p. 282, 1891.

² *Revue mens. des mal. de l'Enfance*, p. 349, 1895.

six jours. Mais au septième jour, au matin, on constata l'existence d'une conjonctivite purulente gauche, et en même temps, en inspectant la bouche de l'enfant, on trouva sur la lèvre supérieure, à l'endroit où la muqueuse labiale se continue avec la muqueuse gingivale une pustule de la dimension d'un petit pois, couverte par une couche épithéliale intacte et entourée d'une zone enflammée et tuméfiée. Par pression sur la pustule, on obtient un liquide séropurulent tout à fait analogue à celui de la conjonctive. L'examen bactériologique du liquide de la pustule et des sécrétions conjonctivales fit voir dans les deux un nombre considérable de gonocoques typiques.

D'après l'auteur, la stomatite spécifique évolua de la façon suivante :

A la suite de l'ablation de la membrane épithéliale qui recouvrait la pustule, il resta une sorte d'ulcération superficielle à sécrétions purulentes assez abondantes. Mais, sous l'influence des badigeonnages fréquents avec une solution de sublimé au 7/1000, le fond de l'ulcération ne tarda pas à se couvrir de granulations très vasculaires qui saignaient au moindre contact, et la tuméfaction des parties voisines à disparaître. Pourtant, pendant plusieurs jours encore, les préparations microscopiques faites avec des parcelles prises à la surface de l'ulcération continuaient à renfermer des gonocoques. La guérison ne fut complète qu'au bout de neuf jours, et seule une desquamation épithéliale de couleur grisâtre indiquait encore le siège de l'ulcération.

Pour l'auteur, le mécanisme de l'infection a été le suivant : il admet notamment, en prenant en considération l'apparition tardive de la conjonctive et de la stomatite, que la mère a dû infecter la conjonctive de son enfant qui, après, a dû transporter le virus dans sa bouche en touchant peut-être son œil avec le doigt et en mettant ensuite le doigt infecté dans sa bouche, mouvement assez commun chez les nouveau-nés.

CONCLUSIONS

Pour nous résumer, si nous pouvions, d'après les dix-sept observations, fixer l'histoire du rhumatisme blennorragique chez le nouveau-né, nous dirions que :

I. L'arthrite blennorragique s'observe chez le nouveau-né. Elle y est même relativement fréquente.

II. Chez les nouveau-nés l'arthrite blennorragique survient généralement dans les trois premières semaines de la vie.

III. La conjonctive peut être presque considérée comme l'unique porte d'entrée de la contagion blennorragique dans le premier âge de la vie.

IV. Le gonocoque de Neisser a été très souvent cherché et trouvé dans les sécrétions purulentes de la conjonctive et de l'exsudat articulaire.

V. La durée est courte, le pronostic bénin ; la maladie guérit habituellement sans laisser de traces, et cependant quelquefois la suppuration est possible.

Vu
LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
TEISSIER

Vu :
LE DOYEN,
LORTET.

Vu, et permis d'imprimer
LE RECTEUR,
G. COMPAYRÉ.

BIBLIOGRAPHIE

- C. LUCAS, *Opht. Rew.*, n° 42, p. 114, 1885.
FENDICK, *Brit. med. journal*, 31 oct. 1885.
WIDMARK, *Arch. f. Kinderheilkunde*, 1885.
DEUTSCHMANN, *Arch. f. Opht.*, p. 107, 1890.
LINDERMANN, *Beitrage f. Augenheilk.*, n° 5, 1892.
BÉCLÈRE, *Revue générale de clinique et de therap.*, n° 10, 1892.
VIGNAUDON, *Thèse de Paris*, 1893.
DARIER, *Archive d'opht.*, p. 175, 1889.
HAUSHALTER, *Congrès méd. de Bordeaux*, p. 1058, 1895.
GRIFFON, *La Presse médicale*, p. 88, 1896.
GRANCHER, *Traité des mal. de l'enfance*, 1898.
MARFAN, *Gazette des hôpitaux*, 18 février 1888.
WEILLE et BARJON, *Congrès méd. de Lyon*, p. 646, 1894.
COMBY, *Société médicale des hôpitaux*, 1891.
AUBERT, *Société de médecine de Lyon*, 25 juillet 1887.
GUYON et JANET, *Ann. des mal. génito-urinaires*, août 1889.
JAQUET, *Ann. de dermat. et de syphil.*, t. III, n° 6, p. 682, 1892.
SÉE (Marcel), *Thèse de Paris*, 1896.
Revue mens. des mal. de l'enfance, 1891, 1894, 1895.

